
Z PRAXE

616.361:616.366]-073.755.4:617.55-072.1

NAŠE ZKUŠENOSTI S LAPAROSKOPICKOU CHOLECYSTO-CHOLANGIOGRAFIÍ

Podplukovník MUDr. Čestmír ČÍHALÍK, technická spolupráce Jan Slivečka
Vojenská nemocnice Olomouc — vnitřní oddělení

Cholecystografie Sombrabilem je běžně užívanou vyšetřovací metodou. Velmi často se nám však nezobrazí ani žlučník, ani žlučové cesty. Proto byly hledány nové vyšetřovací metody. Začalo se používat Biligrafinu a Cistobilu. Při použití těchto látek se často zobrazí výhodný systém žlučový, ale výklad nálezů je velmi obtížný a nedovoluje přesné diagnostické závěry.

V roce 1940 popsal Royer a 1941 Lee metodu přímé náplně žlučníku a žlučových cest při laparoskopii. U nás referoval v roce 1952 Kuthan (3) o svých zkušenostech se 40 vyšetřeními. V roce 1954 obhajují tuto metodu Fourès, Ricordeau a Caroli (1). Rovněž Lukl (4) a spolupracovníci uveřejnili výsledky 15 vyšetření pomocí

této metody v roce 1958. Sami provádíme laparoskopickou cholecystografií od roku 1956.

Kuthan uvádí jako výhodu této metody rozřešení problému afunkčního žlučníku bez zřetele ke stavu přívodných cest, slizničního epitelu, nervového a svalového aparátu. Dále pak intenzivní kontrast, kterého se nedosáhne žádnou jinou nechirurgickou metodou. Umožní rozpoznat choroby žlučových cest, ať jsou původu organického nebo funkčního.

Indikací k vyšetření a přínosem k diagnostice onemocnění žlučových cest podle Lukla bývá:

1. podezření na onemocnění žlučových cest a žlučníku, kdy nedochází k náplni ani po podání kontrastní látky ústy, ani po Biligrafinu;

2. je-li náplň po Biligrafinu chabá a nález nelze dobře hodnotit;
3. nález rozšířených žlučových cest při cholecystografii, kdy příčina není jasná;
4. podezření na nádor v játrech;
5. podezření na onemocnění slinivky břišní, které se může projevit stlačením nebo deviací společného žlučovodu.

Technika

Nemocného připravíme k laparoskopii. Večer a ráno podáme 1 tabletu Amobarbitalu. Nato asi 1/2 hodiny před výkonem podáme 1 amp. Benarcos s. c. Uložíme jej pak na rtg stůl. Po zavedení pneumoperitonea a optiky obvyklým způsobem, přehlédneme krajinu podjaterní a hledáme žlučník. Není to vždy lehké, neboť žlučník bývá často uložen v adhezích, pod překlopeným okrajem jaterním. Pak zabodneme tenkou, 0,5 mm silnou

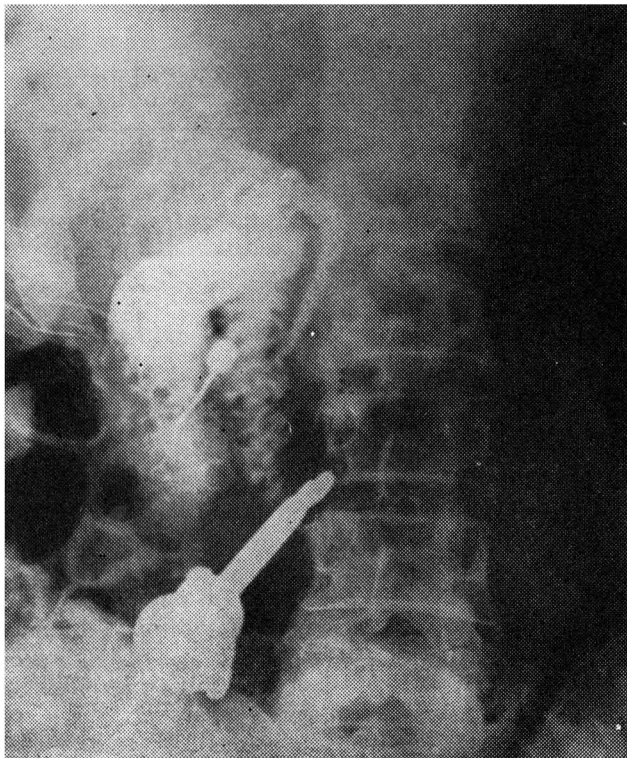
a 15 cm dlouhou jehlu přes stěnu břišní směrem ke žlučníku. Vyzveme nemocného, aby povrchně dýchal a vbodneme přes stěnu žlučníku přímo do fundu za kontroly zraku. Odsajeme žluč sterilní stříkačkou a odešleme k vyšetření. Tím se současně přesvědčíme, že jsme ve žlučníku. Nato pak vstříkneme kontrastní látku a po vstříknutí množství, které odpovídá objemu odsáté žluče, provádíme rtg snímky, event. skiaskopickou kontrolu. 25% Diodon se nám osvědčil jako dobrá kontrastní látka. Po vytažení jehly sledujeme laparoskopicky místo vpichu a provádíme v časovém odstupu další snímky, event. podáme Boydenovu snídani.

Výsledky

Vyšetření jsme provedli u 12 případů, indikovali jsme výkon u mnoha dalších, ale u nich byl žlučník uložen v takových adhezích, že ho nebylo možno bezpečně nalézt.

Příklady:

Nemocná K. P., nar. 1892, přijata 7. 8. 1956. Od roku 1951 kolikovitě bolesti pod pravým obloukem žeberním. Občas mírně zežloutla po udávaných záchvatech. V roce 1953 hospitalizována na infekčním oddělení pro podezření na infekční zánět jater. Při opakovaných cholecystografiích se žlučník nenaplnil. Proto byla provedena 11. 8. 1956 laparoskopie a přímá cholecystografie.



Obraz 1. Kontrastní látka vstříknuta do žlučníku. Žlučník je zvětšený, elipsovitého tvaru, svisle uložený. V kontrastní náplni téměř v celém stínu žlučníku jsou četná oválná vyjasnění velikosti pepře až velikosti hrachu.



Obraz 2. Na jednom ze snímků v přechodu cystiku v choledochus je oválné vyjasnění velikosti hrachu. V kontrastní náplni se zobrazil rovněž ductus choledochus a jaterní žlučovody, které neukazují nápadnější odchylky. Cysticus je rozšířen asi na tloušťku palce.

Nemocná P. J., nar. 1906. Občasné dyspeptické obtíže, trvající asi 5 roků, zvláště po dietní chybě. Po tělesné námaze se dostávají záchvaty křečovitých bolestí s pocitem napětí pod pravým obloukem žeberním, šířící se do celého pravého horního kvadrantu břicha a do zad.

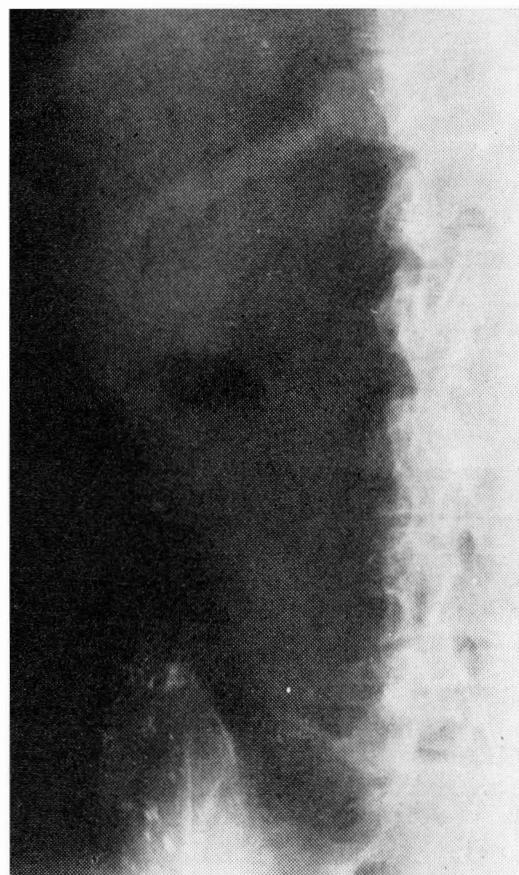


Obraz 3. Cholecystografie po Biligrafinu: Došlo jen ke slabé náplni žlučníku, které se zobrazuje paravertebrálně pod pravým bočním výběžkem těla L3 směrem distálně až do středu bočního výběžku těla L5 v rozsahu asi husího vejce. Nezobrazily se ani cesty vylučování biligrafinu, ani odvodné cesty žluče do střeva. Nález svědčí tudíž pro ptotický žlučník.

←

→

Obraz 5. Od nemocné D. F., nar. 1908, u níž po cholecystografii Sombrabilem se naplnil žlučník jen velmi slabě, je zvětšen, ledvinovitého tvaru, hladkých obrysů. Vysloveno podezření na hydrops žlučníku.



Obraz 4. Přímá transabdominální laparoskopická cholecystografie: Kontrastní látka, 35 % Diodon, naplnila žlučník dobře. Žlučník je hypotonický, protáhlý, uložen paravertebrálně. Jeho obrysy jsou hrbolaté nerovné. V náplni žlučníku jsou tři oválné defekty o velikosti asi lískových ořechů.

←

→

Obraz 6. Ukazuje žlučník naplněný kontrastně přímou laparoskopií. Těměř na všech snímcích je patrné okrouhlé projasnění v průměru přes 2 cm, které mění polohu. Mimo toto projasnění je v náplni několik drobnějších, hůře diferencovatelných projasnění. Laterální obrys, zvláště při fundu, je lehce nerovný.





Obraz 7. Je od nemocné F. M., nar. 1906. Po provedené laparoskopii byla do žlučníku injikována přímo kontrastní látka, která naplnila žlučník homogenně. Obrysy žlučníku jsou hladké, v krajíně infundibula je žlučník lehce přiškrben.



Obraz 8. Pod tlakem došlo k refluxu do společného hepatiku, znázornilo se částečně jeho intrahepatické větvení. Choledochus lze sledovat na některém ze snímků k papile Vaterské, je normální šířky i okrajů. Žlučník jinak je bez podstatného nálezu, v krajíně fundu je lehce defigurován, jeho stěna je neostrá. Závěr: Pericholecystické srůsty, zejména v krajíně fundu a infundibula.

Laparoskopická cholangiografie je vhodná tam, kde předem není jasno, že bude nutná laparometrie. Platí to o onemocněních, u nichž musíme rozhodnout mezi chirurgickým a konzervativním léčením. Touto metodou můžeme prokázat buď uzávěr, nebo dobrou průchodnost žlučových cest. Při nálezu normálních a dobře průchodných žlučových cest ušetříme nemocnému operaci, která je u parenchymatózních žloutenek kontraindikována.

Kontraindikací k přímé náplni je přecitlivělost k jodovým preparátům, dále subakutní nebo akutní zánět žlučníku a stavy, při nichž nelze bezpečně vbodnout jehlu do žlučníku.

Závěr

Popsali jsme své nevelké zkušenosti s laparoskopickou cholecystocholangiografií. Tato metoda není metodou rutinní, je to moderní vyšetřovací metoda chorob žlučníku a žlučových cest, která si zasluhuje pozornosti.

Písemnictví

1. Fourés, Ricordeau, Caroli: La presse médicale — 1954, 62, No 44.
2. A. Calame: Ciba-symposium 4, 2, 1956.
3. Kuthan: Laparoskopická cholecystocholangiografie — Čs. gastroenterologie a výživa, 2, 1958.
4. Lukl a spol.: Laparoskopická cholangiografie — Vnitřní lékařství, 5, 1958.